



**DEPARTAMENTO DE SALUD  
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS**

**CERNIMIENTO Y CONSEJERIA DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO**

Nombre del paciente		Número de expediente	
Terapia actual de medicamentos			
Fecha de inicio de tratamiento			

PREGUNTAS	FECHA		FECHA		FECHA		FECHA	
1. ¿Está utilizando drogas y/o alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Cuántas veces al día tomas medicamentos?								
3. ¿Cuántas dosis no tomó la semana pasada?								
4. Si no tomó alguna dosis: ¿Cuál fue la razón principal para dejar de tomárselos?	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Olvido
	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios
	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> No tenía receta
	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento
	Otro:							
5. ¿Desde la última visita tuvo más o menos dificultades para tomar medicamentos?	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Más
	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Menos
	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> No hubo cambio
Razones:								
6. ¿Cuántas citas ha perdido en los últimos tres meses? (Incluye médicas y laboratorio)	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Muchas
	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Pocas
	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
Razones:								

7. Discutir y acordar con el participante estrategias a utilizar para recordar tomar sus medicamentos de forma regular y asistir a sus citas clínicas:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alarma                           | <input type="checkbox"/> Alarma                           | <input type="checkbox"/> Alarma                           | <input type="checkbox"/> Alarma                           |
| <input type="checkbox"/> Anotaciones                      | <input type="checkbox"/> Anotaciones                      | <input type="checkbox"/> Anotaciones                      | <input type="checkbox"/> Anotaciones                      |
| <input type="checkbox"/> Apoyo social o emocional         | <input type="checkbox"/> Apoyo social o emocional         | <input type="checkbox"/> Apoyo social o emocional         | <input type="checkbox"/> Apoyo social o emocional         |
| <input type="checkbox"/> Calendario                       | <input type="checkbox"/> Calendario                       | <input type="checkbox"/> Calendario                       | <input type="checkbox"/> Calendario                       |
| <input type="checkbox"/> Dibujos                          | <input type="checkbox"/> Dibujos                          | <input type="checkbox"/> Dibujos                          | <input type="checkbox"/> Dibujos                          |
| <input type="checkbox"/> Familiar                         | <input type="checkbox"/> Familiar                         | <input type="checkbox"/> Familiar                         | <input type="checkbox"/> Familiar                         |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones escritas           | <input type="checkbox"/> Instrucciones escritas           | <input type="checkbox"/> Instrucciones escritas           | <input type="checkbox"/> Instrucciones escritas           |
| <input type="checkbox"/> Pastillero                       | <input type="checkbox"/> Pastillero                       | <input type="checkbox"/> Pastillero                       | <input type="checkbox"/> Pastillero                       |
| <input type="checkbox"/> Recordatorio por parte del CPTET | <input type="checkbox"/> Recordatorio por parte del CPTET | <input type="checkbox"/> Recordatorio por parte del CPTET | <input type="checkbox"/> Recordatorio por parte del CPTET |
| <input type="checkbox"/> Rutina diaria                    | <input type="checkbox"/> Rutina diaria                    | <input type="checkbox"/> Rutina diaria                    | <input type="checkbox"/> Rutina diaria                    |

Otras

--	--	--	--

**Recomendaciones:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Notas:**

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma de Manejo de Casos Clínico